

Demande de garantie de prise en charge des coûts d'après l'art. 71 a-d de l'OAMal à l'attention du médecin-conseil

Autorisation de Swissmedic (extrait): VYLOY est indiqué, en association avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de platine, dans le traitement de première ligne des adultes atteints d'un adénocarcinome de l'estomac localement avancé, non résécable ou métastatique, négatif au récepteur 2 du facteur de croissance humaine épidermique (HER2), positif à la Claudine (CLDN) 18.2 (voir «efficacité clinique»).

Données personnelles du/de la patient/e:

Nom:		Prénom:		Date de naissance:	
Sexe:	☐ ♀ ☐ ♂	Rue:			
NPA:		Lieu:			
Assurance maladie:		Numéro d'assuré(e):			
Adresse de l'assureur (SMC ou médecin-conseil):		Complément d'adresse:			
NPA:		Lieu:			

Données médicales. Le/la patient/e

- ☐ est atteint d'un adénocarcinome de l'estomac localement avancé, non résécable ou métastaté.
- ☐ est HER2-négatif.
- ☐ est CLDN 18.2-positif.
- ☐ Thérapie réalisée en combinaison avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de platine.

Raisons du choix du traitement par VYLOY. Veuillez également joindre la littérature correspondante:

Compléments/remarques:

Médecin requérant:

Nom:		Prénom:	
Rue:		Complément d'adresse:	
NPA:		Tél.:	
Lieu:		E-Mail:	
Fax:		Département:	
Pratique à l'hôpital (nom de l'hôpital):			
Date:			